THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Pierre LE ROY

Ex-Interne de la Maison départementale et de la Crèche de la Seine

---

Sur une Épidémie de Varicelle anormale

Président : M. le Professeur CHAUFFARD

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^ Ar^t^). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

—

FÉVRIER 1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1778, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

(Stage) Monsieur le Professeur GILBERT

Monsieur le Professeur Albert ROBIN

Monsieur le Docteur ROUTIER

Monsieur le Docteur POTOCKI

(Externat) Monsieur le Docteur JOUSSET

Monsieur le Docteur Fernand LÉVY

Monsieur le Docteur POTHERAT

(Internat) Monsieur le Docteur SAPELIER

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin de la Maison Départementale
et de la Crèche de la Seine

A Messieurs les Docteurs

LAUGIER, REYMOND, OPPEINHEIM, FRANÇAIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CHAUFFARD

Professeur d'Histoire de la Médecine

Médecin de l'Hôpital Cochin

Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

La Maison départementale de la Seine, située à Nanterre, avenue de la République, abrite une population qui varie entre 4.500 et 5.000 habitants ; la maison hospitalise des vieillards et des adultes, hommes et femmes, et possède aussi une crèche, où sont recueillis, avec ou sans leur mère, les bébés âgés de moins de 5 ans ; cette crèche peut contenir 45 enfants.

Ces enfants y arrivent sortant d'un milieu généralement très malpropre où ils ont vécu dans des conditions déplorables d'hygiène et de salubrité ; aussi, pour éviter, autant que possible, les chances considérables de contamination par les nouveaux arrivants, le Docteur Sapelier qui, depuis 20 ans, s'occupe avec un zèle inlassable de procurer à ces bébés tout le confort et surtout l'hygiène auxquels ils ont droit, a eu l'idée d'installer dans un pavillon spécial, un lazaret. Dans ce lazaret l'enfant et sa

nourrice, soigneusement isolés, subissent une quarantaine de 21 jours après lesquels, vaccinés et indemmes de toute maladie contagieuse, ils peuvent pénétrer à la crèche.

Il semblerait que toutes les précautions soient prises, mais malheureusement l'expérience vient quelque fois démontrer que la barrière n'a pas encore été suffisante. C'est ainsi qu'il nous a été donné de voir éclater dans cette crèche, en novembre-décembre 1910, une épidémie, bénigne du reste, de varicelle. Bénigne et normale en cela, car nous n'avons heureusement eu à déplorer aucun décès, mais anormale et tout à fait curieuse en sa forme clinique et par les complications qu'elle a présentées.

L'histoire de cette épidémie, les observations prises au cours de sa durée. Les quelques cas similaires que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, enfin quelques considérations sur le diagnostic de ces lésions feront l'étude de ce travail.

Qu'il nous soit permis auparavant d'assurer ici de toute notre gratitude notre maître Monsieur le Docteur Sapelier, Chevalier de la Légion d'Honneur, Médecin de la Maison départementale et de la Crèche de la Seine, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée, les précieux conseils et les encouragements qu'il nous a prodigués pendant nos années d'internat dans son service. Monsieur le Professeur Chauffard nous a fait le très grand honneur de présider notre thèse, nous lui en exprimons toute notre reconnaissance.

LA VARICELLE

Ses formes anormales. — Ses complications

Avant de présenter les observations recueillies au cours de cette épidémie, il nous paraît intéressant de rappeler en quelques mots ce qu'est la varicelle, quelles en sont les formes cliniques et les complications.

La varicelle est une maladie fébrile, contagieuse, épidémique, inoculable ; elle ne récidive pas et comme peu d'enfants lui échappent on comprend que ce soit une affection presque spéciale au jeune âge.

Longtemps confondue avec la variole elle en fut distinguée par Desoteux et Valentin en 1799 et son autonomie fut définitivement consacrée par Trousseau.

Symptomatologie. — On lui considère trois périodes : incubation, invasion, éruption. Il est admis que la période d'incubation dure 15 jours

environ. La période d'invasion 48 heures. Ces chiffres correspondent à peu près avec ce que nous avons nous-mêmes pu constater. Les premières manifestations de l'épidémie furent observées le 23 novembre (obs. 1) ; on peut supposer que la contamination ne se produisit pas dès les premiers jours car ce fut seulement le 13 décembre que survint l'éruption chez deux autres de nos enfants (observ. II et III).

L'éruption est souvent le seul signe de la maladie. Elle est caractérisée par l'apparition de *taches* arrondies qui se transforment rapidement en *papules* très peu saillantes ; ces papules au bout de quelques heures présentent à leur partie centrale une vésicule ou plus souvent une bulle légèrement ombiliquée. Vésicules ou bulles sont remplies d'un liquide citrin qui leur donne un aspect cristallin ; puis elles deviennent opalescentes, le liquide contient des globules de pus. Encore 24 heures et à leur place on aperçoit une croutelle qui tombe bientôt en découvrant une *macule*.

C'est là le tableau et la marche d'une poussée unique. En réalité l'éruption se fait toujours par poussées successives et on rencontre chez un même malade, disséminées indifféremment sur toutes les parties du corps, des lésions éruptives à tous les stades de leur évolution.

Quelques phénomènes généraux accompagnent souvent l'éruption : ce sont la fièvre, inconstante,

irrégulière, atypique: un malaise général ; quelques signes digestifs, anorexie, constipation : rien de grave et de persistant du reste dans les formes normales.

Voyons maintenant quelles sont les formes anormales que peut présenter l'éruption Il y a tout d'abord la forme papuleuse, celle devant laquelle nous nous sommes trouvés. La vésicule ou la bulle ne poussent pas au centre de la papule que nous avons décrite comme étant le deuxième stade de l'évolution normale ; cette papule devient plus marquée, elle desquamme après un, deux ou trois jours et on retrouve comme terminaison la *macule* déjà signalée dans la forme normale Ces papules types sont toujours accompagnées de vésicules ; on a signalé un seul cas où l'éruption fut uniquement papuleuse.

Les autres formes anormales nous intéressent moins, nous ne les avons pas observées ; ce sont la varicelle suppurée qui résulte d'infections surajoutées ; la varicelle gangréneuse, la plus redoutable dans laquelle les vésicules s'infiltrent de sang, se mortifient et s'ulcèrent ; la varicelle hémorragique extrêmement rare.

Nous attirons principalement l'attention sur un phénomène qui accompagne parfois la poussée vésiculeuse, c'est le rash varicellique. Nous avons pu l'observer chez deux de nos malades (obs. I et X)

nous l'étudierons donc plus longuement dans la suite.

La varicelle s'accompagne généralement d'énanthème qui peut être grave lorsque les vésicules apparaissent sur les conjonctives, dans la gorge, à la vulve. Nous avons constaté la présence de vésicules à la voute palatine chez deux de nos enfants. (Obs. 7 et 8).

Complications. — La varicelle peut quelquefois présenter des complications toujours dues à des infections surajoutées et principalement à l'infection streptococcique. C'est ainsi que nous avons pu voir survenir chez un de nos bébés une otite légère (obs. 2) et chez un autre (obs. 1) un abcès du petit orteil du pied gauche. Ces observations sont à rapprocher des cas de suppurations, érysipèles, pseudo-rhumatismes qu'on a déjà signalés.

On a également signalé la néphrite varicelleuse, et nous avons tenu à en relever quelques cas ; l'arthrite oblitérante, la laryngite suffocante, la plus grave des déterminations de l'énanthème varicellique.

HISTORIQUE

Les anomalies et complications de la varicelle ne sont pas décrites depuis fort longtemps. Nous allons passer en revue dans l'ordre chronologique les études qui en ont été faites, en insistant principalement sur les manifestations que nous avons pu nous même observer au cours de l'épidémie dont nous rapportons les observations.

C'est en 1859 que Gintrac le premier à son cours de clinique et de thérapie médicale fait la remarque suivante : « (Dans quelques cas on a vu des tâches d'un rose pâle disparaissant sous la pression du doigt disséminées sur diverses régions : j'ai vu une rougeur presque générale sur le tronc) ». Cette *rougeur presque générale* qu'il nous dépeint va bientôt être appelée *rash* terme déjà introduit dans notre langue en 1799 par Dezoteux et Valentin. En 1862 une étude de ces énanthèmes scarlatiniformes fait

l'objet d'une thèse de la faculté de Paris (1), mais c'est à Thomas que nous devons en 1869 la première observation véritablement concluante d'un rash varicellique qui précéda de 6 heures l'éruption vésiculeuse.

Depuis lors les cas se sont multipliés sans cependant devenir très nombreux. C'est en 1870 celui de Fleischmann qui décrit un rash d'une durée de 48 heures ; celui de Hénoch en 1874 ; en 1880 celui de Baader qui signale au cours de cet exanthème la présence de quelques tâches bleuâtres ; Badan en 1883, Alezais en 1886, Oeconomon en 1888 fournissent chacun une observation. Stainfort en 1890 voit un rash au cours d'une varicelle gangréneuse et en 1891 Chauffard publie un cas, le seul relaté jusque maintenant de rash morbilliforme. La même année Galliard relate le cas d'un jeune garçon de 17 mois qui présenta au 2e jour d'une éruption varicelleuse discrète, un rash qui ne fut pas suivi d'une nouvelle poussée de vésicules. Multiples dans l'observation de Demme, en 1892 s'interposant entre deux éruptions boutonneuses dans celle de Gillet en 1892 également, il dure cinq jours et est polymorphe dans le cas relaté par Lorrain en 1894. Bourdineau dans sa thèse en 1895 étudie ces rashs, rapporte les observations antérieures et en publie une inédite chez un enfant de cinq ans convalescent de

(1) Alméras. Thèse Paris 1862.

broncho pneumonie. Puis viennent les cas de Clemmey, de Nissim, d'Audéond, de Daverède 1890 de Cerf en 1900 et 1904, de Salem en 1901, d'Anthomy en 1906, de Bresset en 1908.

La varicelle est une maladie généralement bénigne pour laquelle très souvent le médecin n'est même pas consulté ; dans nombre de cas l'exanthème scarlatiniforme disparaît très rapidement ; il peut s'accompagner de phénomènes généraux peu marqués ; toutes ces raisons font que les observations publiées jusqu'à ce jour sont encore relativement rares comme on a pu le constater.

Plus rares encore sont les autres anomalies qu'on rencontre dans nos observations. Il nous faut rapprocher cette otite moyenne (obs. 2) et cet abcès du petit orteil (obs. 1) de quelques autres manifestations streptococciques antérieurement citées au cours de la varicelle.

Nous trouvons qu'en 1882 Rogivue a observé au cours d'une varicelle gangréneuse un phlegmon profond. Bellamy dans une communication à la Société clinique de Londres en 1887 nous montre une varicelle qui compliquée de gangrène des extrémités se termina par la mort. Haward à l'autopsie d'une varicelle accompagnée de phénomènes pulmonaires très graves a trouvé un empyème. E. Kummer au niveau d'un cal a vu se développer un abcès à streptocoques stériles. Puig dans sa thèse de Paris de 1888 cite des observations de furoncles

consécutifs à la varicelle ; dans la thèse de Desandré en 1901 sont relatés plusieurs cas de suppurations secondaires, puis viennent les cas de Lacasse en 1902, de Hallé qui a observé en 1905 un phlegmon profond, de Kreuzeder en 1906.

Les cas d'otites moyennes que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale sont peu nombreux. La première étude qui en fut faite est celle de Lannois en 1904 ; elle fut reprise en 1909 par Jacob.

Il nous a paru intéressant de publier dans notre bibliographie les quelques travaux qui ont paru sur la néphrite au cours de varicelle. L'examen méthodique des urines pratiqué chez tous nos petits malades ne nous a jamais révélé la présence de l'albumine ; cependant depuis Bruner en 1888 quelques auteurs ont signalé les néphrites immédiates ou médiates accompagnant cette fièvre éruptive ; il nous faut citer en particulier Haenel 1900, Roland 1903.

Enfin nous ne pouvons de même passer sous silence quoique nous ne l'ayons pas observée, la forme gangréneuse de la varicelle, forme très grave souvent terminée par la mort. Woodward, Spiwak, Isola, Blackam, Danlos, Rolleston en ont publié de remarquables exemples.

OBSERVATIONS

Nous allons maintenant rapporter les observations que nous avons recueillies au cours de l'épidémie à laquelle nous avons assisté. On y verra la physionomie toute particulière de l'affection qui détermina chez notre premier malade des manifestations telles que le diagnostic fut longtemps hésitant. On y verra la forme papuleuse, devenir de moins en moins nette à mesure que les cas se multiplient, les dernières observations montrant une varicelle type normale.

Le premier cas débute le 23 novembre 1910, le dernier le 10 janvier 1911 ; la durée totale de l'épidémie fut donc de 47 jours environ, pendant lesquels treize enfants furent atteints. Nous ferons suivre ces treize observations de quelques autres, déjà publiées et relatant les cas de rash au cours de varicelle.

OBSERVATION I

Personnelle

Service du Dr Sapelier.

M... Félicie. Un an.

L'enfant est entré à la crèche le 28 septembre 1910, à l'âge de 8 mois 1/2.

Mère âgée de 25 ans, est à l'infirmerie de la Maison pour tuberculose pulmonaire au 1er degré. Elle a été opérée en 1910 pour un rein flottant, mais la néphropexie n'a pas calmé les douleurs qu'elle ressentait, la marche et la station debout lui sont pénibles ; elle est en outre atteinte de goitre simple, prédominant à droite.

Père est bien portant.

L'enfant est en bonne santé mais il prend assez difficilement ses biberons. Il a comme régime alimentaire 1 litre 1/2 de lait bouilli pour 24 heures.

Le 30 octobre 1910. Digestions pénibles : renvois, quelques vomissements après les prises de lait.

Température 38° 7 le soir, 38° 3 le matin.

Diète hydrique pendant 12 heures : eau bouillie sucrée, alternant avec bouillon de légumes.

L'état du bébé s'améliore rapidement, le 31 octobre la fièvre a disparue et on reprend après 48 heures l'alimentation par le lait stérilisé avec 3 cuillerées à café d'eau de Vichy après chaque biberon.

Lu 23 novembre 1910. Sur la peau apparaissent quelques petites tâches rouges un peu surélevées et qui se recouvrent pour la plupart de vesicules d'aspect varicellique mais non ombiliquées ; elles sont entourées d'une zone légèrement hyperhemiée.

La région fessière, la vulve et la région vulvaire sont le siège d'un erythème très marqué. La langue est sèche ; la lèvre inférieure présente trois bulles qui semblent remplies de serosité. Température le soir, 38° 7.

On pense à une éruption d'origine alimentaire et on institue la diète hydrique par l'eau bouillie sucrée,

Lacteol. 4 comprimés.

Le 24 novembre. Temps : le matin 38° 4.

Etat sensiblement le même. L'éruption sur le corps prend un caractère plus nettement bulleux ; il persiste toujours cependant de nombreuses papules. Les bulles sereuses de la lèvre se dessèchent et donnent une croutelle qui n'adhère que faiblement à la muqueuse.

On continue le lacteol, l'eau bouillie sucrée mais en alternant avec du lait coupé au 1/3 et du bouillon de légumes.

Le 25 novembre. L'état s'est amélioré. L'éruption disparaît peu à peu ; on ne voit pour ainsi dire plus que des macules encore bien marquées. La température est redevenue normale. Même régime alimentaire. Poids du bébé : 8 k. 260.

Cette éruption, nettement vésiculo-bulleuse et qui fut certainement la première manifestation de l'épidémie de varicelle que nous avons eue à enregistrer dans la suite, fut donc méconnue, tout au moins quant à son origine. L'absence de vesicules ombiliquées, de localisations sur les muqueuses si on excepte les trois grosses bulles sur la lèvre inférieure, la concommitance de troubles digestifs, les antécédents héréditaires de l'enfant firent considérer toutes ces manifestations comme des symptômes d'un mauvais

état des voies digestives et on a cru se trouver en présence d'un hydroa erythémateux.

Le 5 décembre. L'enfant est agité ; il pousse de petits cris plaintifs. Temp du matin : 38° 8. La langue est redevenue très sèche. Ne tousse pas. Rien au cœur. On le remet au bouillon de légumes et on lui donne un lavage d'intestin. Temp : le soir, 38° 4.

Le 6 décembre 1910. Temp : 36° 9 le matin, 37° 2 le soir. Quelques phénomènes réflexes de suffocation. Sirop d'éther sinapismes.

Le 7 décembre. Agitation plus marquée. Temp : 37° 3.

Le 8 décembre. Temp, le matin 37° 6, le soir 37° 2. En examinant l'enfant nous constatons que la peau de l'abdomen et des cuisses est le siège d'une éruption caractérisée par une coloration rose pâle. La rougeur n'était pas uniforme ; elle était constituée par un pointillé fin de petits points très rapprochés. La coloration plus marquée sur les cuisses les faisait paraître uniformément rouges.

C'est un rash scarlatiniforme.

L'agitation est moins marquée ; la langue est très sèche. Deux bulles ont reparu sur la lèvre inférieure, une autre siège à la lèvre supérieure. Sur le corps apparaissent également de nouveau les éléments éruptifs déjà vus précédemment ; ils sont plus discrets et les papules sont plus nombreuses que les vésicules.

Le diagnostic de varioloïde est écarté pour les raisons que nous discutons plus loin ; nous sommes en présence d'une varicelle anormale.

On supprime le lacteol et on alimente l'enfant.

Le 9 décembre. L'éruption scarlatiniforme est moins mar-

quée mais on constate une asphyxie très prononcée des extrémités ; les mains sont bleutées, très froides.

Le petit doigt du pied gauche est tuméfié, rouge ; on pourrait le croire le siège d'une engelure.

Bain sinapisé.

Le 10 décembre. Le rash a complètement disparu. L'éruption papulo-vesiculence est à peu près terminée ; les papules laissent tomber une squame, les vésicules une croutelle. Les mains ne sont plus asphyxiques, mais la tuméfaction du petit orteil persiste. Temp : 37° 2, 37° 8.

Le 11 décembre. Sans qu'on ait pu déceler de fluctuation il apparaît à l'extrémité de ce petit orteil un point blanchâtre, une phlyctène se forme et le 12 décembre elle a gagné presque toute l'extrémité du doigt. On débride ; le pus d'odeur fétide est en plus grande abondance qu'on ne le soupçonnait.

L'abcès est très profond ; les parties molles de l'extrémité de ce doigt sont tout sphacélées. Pansement humide.

Le 15 décembre. Etat stationnaire.

Le 16 décembre et jours suivants la plaie se déterge et les parties profondes commencent à bourgeonner. Pansements au dermatol.

Le 30 décembre. On a continué les pansements au dermatol, la plaie est complètement cicatrisée. Aucune douleur à la pression.

L'état général est redevenu excellent. Poids : le 2 janvier, 8330 gr., le 29 janvier , 8500 gr. L'analyse des urines pratiqué le 30 décembre n'a pas révélé la présence de l'albumine.

OBSERVATION II

Personnelle

Service du Dr Sapelier

P..., André, 2 ans.

Enfant entré à la crèche le 9 juillet 1910. Pas d'antécédents. — Poids 11 k. 200.

Le 13 décembre 1910. Eruption papulo-vésiculeuse discrète. Quelques bulles disséminées sur le corps. Prurit assez marqué. Pas de température.

L'enfant prenait 1 litre 1/2 de lait par jour, un œuf et du sirop anti scorbutique. Diète hydrique pendant 24 heures. Un lavage d'intestin.

Le 14 décembre 1910. L'éruption s'atténue. Les bulles se sont desséchées et ont fait place à de petites croutelles foncées qui se détachent facilement.

Otite légère. — Léger écoulement de l'oreille droite. Petit ganglion mobile, roulant sous le doigt en arrière de la mastoïde droite.

Le 15 décembre 1910. Les croutelles tombent peu à peu, et quelques-unes présentent un léger suintement. Bouillon de légumes et farine « essentielle » Heudebert. Reprise de l'alimentation normale au bout de 2 jours ; suites normales. Rien dans les urines qui n'ont été analysées que 10 jours après l'éruption.

L'otite légère qui s'est manifestée le 15 décembre ne dura que quelques jours. Elle ne s'accompagna pas de douleurs vives. L'examen du tympan a permis de voir une perforation siégeant au cadran inférieur et de la grandeur d'une tête d'épingle. L'écoulement tarit au bout de cinq jours, pendant lesquels on pratiqua des pansements à l'alcool au 1/3.

OBSERVATION III

Personnelle .

Service du Dr Sapelier

C... Roger.

Enfant entré à la crèche le 19 août 1910, à l'âge de 15 mois.

Pas d'antécédents. — Poids le 9 décembre 8 k. 600.

Le 13 décembre 1910, Eruption papuleuse discrète principalement sur le tronc, quelques papules dans cuir chevelu. Pas de température. Diète hydrique. Lavage d'intestin.

L'enfant prenait 1 litre 1/2 de lait, un œuf par jour et du sirop iodotannique. Poids 8 k. 800.

Le 15 décembre 1910. Pas de vésicules. L'éruption disparaît peu à peu. Pas de suppuration. Rien dans les urines. L'enfant a été un peu affaibli. Diminution du poids, 8 k.700, mais il remonte vite. 2 janvier, 8 k. 830. 29 janvier, 8 kilos 890.

OBSERVATION IV

Personnelle

Service du Docteur Sapelier

C... Paul, 14 mois. Entré à la crèche le 30 avril 1910.

Bien portant. Il prend le sein et un peu de lait. Pesé le 9 juin, 7 k. 400 et augmente régulièrement jusqu'au 11 décembre, où il pèse 9 kilos.

Apparition de quelques papules disséminées sur tout le corps, en particulier sur les cuisses et au cou. Température, 38°. Etat général relativement bon. Anorexie. Langue sèche.

Le 25 décembre. Les papules sont plus nombreuses. Le 25 décembre et jours suivants, l'enfant va mieux. Pas de température. Les papules présentent quelques croutelles qui peu à peu se détachent et tombent. Une ou deux présentent une petite vésicule tout à fait fugace et peu caractéristique. Eruption terminée. Quelques macules rougeâtres persistent mais s'atténuent, elles ont disparu après 8 jours. Rien dans les urines. Enfant affaibli, a diminué de poids. Le 26 décembre, il pèse 8 k. 950.

Depuis cette époque, il maigrit toujours, quoique l'appétit reste bon. Faciès pâle, yeux cernés, micropolyadénite. Rien aux poumons ni au cœur. On le surveille au point de vue d'une poussée de bacillose réveillée peut-être par l'infection varicelleuse.

OBSERVATION V

Personnelle

Service du Docteur Sapelier

L... Paulette, 14 mois 1/2. Entrée le 21 novembre 1909 à la crèche.

Mère suspecte de bacillose. Elevée au sein.

Bronchite et légère broncho-pneumonie en mai 1910.

Depuis juillet 1910, l'enfant prend quelques légères purées de pommes de terre ; sirop iodotannique.

Le 27 décembre 1910, apparition sur le corps de papules disséminées et plus confluentes dans la région inguinale. Quelques papules sont recouvertes de vésicules. Pas de température.

Diète hydrique, un lavage d'intestin. Rien dans les urines.

L'éruption se termine très vite. On a repris au bout de 24 heures l'alimentation ordinaire.

L'enfant a contracté depuis ce temps une très grave broncho-pneumonie qui l'a enlevé en cinq jours le 21 janvier 1911. Il nous paraît utile de rapprocher cette observation de notre observation 4, dans laquelle nous pouvons constater que la fièvre éruptive semble avoir laissé des traces chez cet enfant, possesseur d'un mauvais terrain. Et sans présenter cette broncho-pneumonie comme une complication à distance de la varicelle, on peut tout au moins supposer qu'elle a offert ce caractère de gravité, par suite de l'état de moindre résistance dans lequel se trouvait déjà le malade.

OBSERVATION VI

Personnelle

Service du Docteur Sapelier

H..... Marcel, 13 mois 1/2.

Entré à la crèche le 23 novembre 1910, vient d'avoir la coqueluche. Poids 7. k. 900.

Mère pas très bien portante. Lymphatique.

Le 27 décembre 1910. Pas de température.

Eruption de quelques papules disséminées sur tout le corps.

Le 28 décembre 1910. Température 38°,8. Papules nombreuses. Sur le ventre une d'entre elles tout près de l'ombilic et à gauche se recouvre d'une vésicule peu caractéristique.

Le 29 décembre 1910. Température le matin 37°,8, le

soir 37°,6. Papules encore plus nombreuses. Les premières se recouvrent déjà d'une croutelle légèrement noirâtre. Vésicule sur la voute palatine. Pas de rash.

Le 30 décembre 1910. Température le matin 37°,3. Les papules desquamment. Etat général bon. Pas de suites anormales. Rien dans les urines. Poids le 26 décembre 8 k. 220, le 27 janvier 8 k., le 29 janvier 8 k. 180.

OBSERVATION VII

Personnelle

Service du Docteur Sapelier

De M..., Georges, 2 ans.

Entré le 18 juillet 1910.

Prend un litre 1/2 de lait et un œuf par jour.

Le 27 décembre 1910. Eruption de papules et de vésicules disséminées sur tout le corps, sur la figure et au cuir chevelu, une papule à la voute palatine.

Diète hydrique 12 heures, un lavage d'intestin.

Le 28 décembre l'éruption n'a pas changé d'aspect. Les vésicules sont assez nettes mais pas ombiliquées. Papules sur les fesses. Température 37°,6.

Le 30 décembre. Température la veille 37°,5, aujourd'hui 37°,2.

Desquammation des vésicules ; les croutelles tombent. Bouillon de légumes et lait coupé d'eau de Vichy. Reprise de l'alimentation normale après le 30 décembre. Rien dans les urines. Poids le 29 janvier 10 k. 560.

OBSERVATION VIII

Personnelle

Service du Docteur Sapelier

M... Maurice, 5 mois 26 jours.

Entré à la crèche le 22 septembre 1910 pesant 4 k. 600.

Mère bien portante, enfant élevé au sein.

Le 27 décembre. On observe dans la soirée les premières papules disséminées sur tout le corps.

Le 28 décembre. Les papules sans vésicules apparaissent sur la face et sur le cuir chevelu. Sur le tronc et le ventre quelques vésicules, un vésicule à la voute palatine. Température le soir 38°,9.

Le 29 décembre. Température : le matin, 38° 9, le soir, 38° 6. Les papules, très rouges, présentent à leur centre une petite croutelle encore très adhérente. Pas de rash.

Le 30 décembre. Les croutelles deviennent plus grandes et moins adhérentes. Température 38° 2 le matin. Suites normales de l'éruption. Rien dans les urines. Poids au début de la fièvre, le 26 Décembre, 7 k. 120. Le 2 janvier, à la fin de la maladie, 7 k. 170; à la fin de janvier, le 29, pèse 7 k. 310.

Quelques tâches brunâtres persistent pendant longtemps aux endroits où les papules étaient très prononcées.

OBSERVATION IX

Personnelle

Service du Docteur Sapelier.

C....., Gustave, 4 mois 1/2.

Entré à la crèche le 19 octobre 1910. Pèse le 30 octobre, 4 k. 800.

Mère bien portante. Elevé au sein.

Le 28 décembre. Apparition de deux papules sur les cuisses, deux petites vésicules au cou à gauche et deux autres au cuir chevelu en arrière, une autre au menton.

Pas de température, pas de rash.

Rien dans les urines. Suites normales. Poids, le 26 décembre, 5 k. 740 ; le 2 janvier, 5 k. 790.

OBSERVATION X

Personnelle

Service du Docteur Sapelier.

S....., Mathilde, 12 mois 20 jours.

Entrée à la crèche le 31 octobre 1910.

Pas d'antécédents personnels. Mère atteinte du délire de la persécution.

Prend 1 litre de lait coupé d'eau de Vichy.

Le 28 décembre 1910. Dans la soirée, éruption papuleuse. Température 38° 5.

Le 29 décembre. Température 39° 5, matin ; soir, 39°. Eruption papuleuse plus nette. Sur le côté droit du thorax, une vésicule très nette non ombiliquée ; vésicule suppurée au palais. Apparition d'un rash scarlatiniforme analogue à celui que nous avons vu dans le premier cas, mais plus discret. Asphyie des extrémités, en particulier des mains.

Bains sinapisés.

Le 30 décembre. Température 38°. Le rash a disparu, les extrémités ne sont plus asphyxiques. Papules de la figure se recouvrent d'une croutelle.

Suites normales de l'éruption Très légère bronchite pendant quelques jours. Rien dans les urines.

L'enfant a souffert pendant la maladie et la courbe de son poids nous le prouve surabondamment. 11 décembre, 7 k. 300 ; 26 décembre, 7 k. 880 ; 2 janvier, 7 k. 240 ; 29 janvier, 7 k. 040.

OBSERVATION XI

Personnelle

Service du Docteur Sapelier

A... Fernande, 7 mois 1/2.

Entrée à la crèche le 9 septembre 1910.

Mère bien portante mais n'a pas suffisamment de lait. Allaitement mixte. Pesée le 26 décembre 5 k. 100.

Le 28 décembre. Sur le ventre et les cuisses nombreuses papules. Deux vésicules, une sur le ventre, une sur la cuisse droite. Température 37°9 matin, soir 38°5.

Le 29 décembre. Température 38° et le soir 38°4. Papules disséminées sur tout le corps, plus nombreuses aux fesses.

Le 20 décembre. Desquammation très nette des papules. Température 37°2. Suites tout à fait normales. Rien dans les urines. L'enfant pèse le 2 janvier 5 k. 120. Le 29 janvier 5 k. 300.

OBSERVATION XII

Personnelle

Service du docteur Sapelier

Entrée à la crèche le 30 août 1910.

Mère a quitté la Maison bien portante.

Enfant présente depuis son entrée des phénomènes d'entérite très marquée. Rougeur très vive dans la région vulvaire et des fesses.

Poids le 30 octobre, 5 k. 310, le 9 novembre, 5 k. 320, le 27 novembre 5 k. 090, le 26 décembre 5 k. 100.

Le 30 décembre. Température du matin 39°. Apparition de papules sur tout le corps. Quelques vésicules mais non ombiliquées.

Le 31 décembre. Température 38°5 Les vésicules sont plus nombreuses et on peut en voir une sur le flanc droit qui est nettement ombiliquée. Elle a couronné une papule très grosse la veille.

L'éruption reste cependant assez discrète et tout à fait fugace ; elle est terminée trois ou quatre jours après et de façon tout à fait normale.

Rien dans les urines.

Poids le 29 janvier, 5 k. 690.

OBSERVATION XIII

Personnelle

Service du Dr Sapelier

D... Pascal, 6 mois.

Entré à la crèche le 22 décembre 1910.

Mère bien portante, enfant bien portant. Poids le 26 décembre, 6 k. 940.

Le 10 janvier 1911. Apparition de quelques papules, très petites et peu marquées.

Pas de température.

Le 11 janvier. Sur tout le corps disséminées de nombreuses vésicules très nettes ont couronné les papules aperçues la veille. Varicelle normale typique. Desquammation rapide. Rien dans les urines. Poids légèrement baissé à 6 k. 450 le 2 janvier, mais remonte vite à 6 k, 640 le 29 janvier.

OBSERVATION XIV

THOMAS 1869

Varicelle. — Rash scarlatimiforme

Félix Ser... 2 ans 1/2 présente le 12 décembre à 6 heures du soir une rougeur scarlatimiforme étendue au visage, au cou, au tronc, aux extrémités sans rougeur de la gorge. L'enfant a eu une scarlatine un an auparavant. Température rectale 40° 6. A dix heures du soir l'éruption pâlit ; à minuit elle a disparu. A onze heures du soir apparaissent les premières vésicules varicelleuses au dos.

OBSERVATION XV

FLEISCHMANN 1870

Varicelle. — Rash scarlatiniforme

Le 2 mars 1868 entre à l'hôpital une petite fille âgée de 6 ans, ayant une température élevée et portant sur la totalité des téguments un érythème rouge, pâle diffus, uniforme, vésicules varicelleuses disseminées. Guérison en 10 jours.

OBSERVATION XVI

HÉNOCH. 1874

Garçon de 5 ans qui a présenté une éruption de vésicule précédée d'un érythème diffus. Pas d'autres détails.

OBSERVATION XVII

STAINFORTH. 1890

Enfant de 17 mois. Varicelle gangréneuse qui est précédée d'un rash scarlatiniforme 12 heures auparavant. Quinze jours après cette éruption, d'autres membres de la famille eurent une varicelle qui évolua rapidement.

OBSERVATION XVIII

GAILLARD. 1891. (Résumée)

Varicelle discrète. Rasch s arlatiniforme survenant le 2e jour et durant quelques heures. — Garçon, 17 mois 1/2. Son frère, âgé de cinq ans est atteint de varicelle le 4 mars 1891. Le 21, éruption de vésicules chez le plus jeune. Le 22, rougeur qui, partie du cou, couvre dans la journée la totalité du tronc.

Rougeur diffuse, parsemée d'un fin granité. Rien aux membres.

Pas d'engorgement ganglionnaire. Rien dans la gorge. Disparition de l'exanthème scarlatiniforme en 24 heures.

OBSERVATION XIX

CHAUFFARD. 1891

Rash scarlatiniforme de la varicelle. — Henri B....., 3 ans 1/2. Vient d'avoir la rougeole. Malade depuis 2 jours.

Le 2 juillet. Eruption varicelleuse typique. Température, matin 38°, soir 39°.

Le 3, au matin. même état. Température, 37°7, mais a la visite du soir, je trouve l'enfant plus fiévreux que la veille, 39,2 et je constate une nouvelle éruption différente de la première, granitée d'un rouge vif, absolument scarlatiniforme et occupant le tronc, le ventre et les membres. Les vésicules varicelleuses de la face sont plus opalescentes.

Après hésitation, on diagnostique un rash au cours de varicelle et le lendemain en effet, l'exanthème avait disparu. Guérison régulière.

OBSERVATION XX

CHAUFFARD 1891

Varicelle. — Rash scarlatiniforme

Emile L..., 2 ans. Malade depuis 4 jours. Fièvre sans vomissements. Belle poussée de varicelle ; vésicules à tous degrès d'évolution. De plus éruption d'un rouge vif piquetée et simulant absolument la scarlatine occupe le dos, la partie supérieure du thorax, le bas ventre, les membres inférieurs. Pas de fièvre, pas d'angine. A noter que sur les parties envahies par le rash, la pression linéaire de l'ongle ne provoque pas l'apparition de la raie scarlatineuse.

L'absence de renseignements ne nous permet pas de savoir quand est apparue cette éruption secondaire. Dès le lendemain le rash pâlit et s'efface le jour suivant toujours sans réaction fébrile. La varicelle évolue régulièrement. Pas de desquammation ultérieure.

OBSERVATION XXI

GILLET 1892

Varicelle. — Rash scarlatiniforme

Suzanne Cl..., 4 ans.

Le samédi 9 avril, enfant mal en train, fiévreuse.

Le 10, éruption varicelleuse au visage. Le 12 éruption généralisée mais bénigne. Le 13 au matin on constate que l'enfant à la figure rouge boursoufflée et que toute la surface cutanée est rouge. Etat général excellent. Rash scarlatiniforme. Guérison rapide.

OBSERVATION XXII

LORRAIN 1894

Rash scarlatiniforme dans la Varicelle

B..., 19 ans, coroyeur entré le 28 mars 1894 à l'Hôtel-Dieu pour varicelle avec signes généraux assez marqués. Température 38°,2. Le 28 mars on constate qu'en outre des vésicules de varicelle le malade présente, depuis le coude usqu'au poignet et principalement à la partie antérieure du membre, un érythème formé de larges plaques à contours irréguliers séparées par des espaces de peau saine et

d'une coloration tirant sur le rouge ; érythème d'intensité variable. Sur la partie antérieure du tronc érythème se rapprochant du précédent mais de coloration plus atténuée. Sur l'abdomen et les cuisses véritable rash scarlatiniforme. Le 29 mars le rash a complètement disparu et de nouvelles vésicules ont apparues. Guérison complète le 31 mars.

OBSERVATION XXIII

NISSIM (*Gazette des Hôpitaux*, 1895).

L. L....., 24 ans. Quelques vésicules. Papules. Rash scarlatiniforme sur le ventre et le thorax. Cet érythème a diminué d'intensité au bout de quelques heures. Sur la face vésicules classiques de varicelle.

OBSERVATION XXIV

BOURDINEAU (Thèse, Paris, 1895).

Bron ho-pneumonie. Varicelle pendant la convalescence. Rash scarlatiniforme pré-varicellique. Guérison. — P...., Victor, 5 ans. Broncho-pneumonie. Le 20 octobre, convalescence. Le 22 octobre, enfant de nouveau souffrant. Température, 38° 5 la veille au soir ; 38° 8, ce matin. Eruption peu considérable constituée par une rougeur diffuse qui existe avec son maximum de netteté au-devant des aisselles sur l'abdomen et dans les régions lombaires et inguinales. Cette éruption n'avait pas été remarquée hier soir, elle est apparue vraisemblablement dans la nuit. Gorge normale.

Le 23 octobre. Les caractères de l'éruption ont un peu changé. Au lieu d'une coloration uniformément et généralement rouge disparaissant sous la pression du doigt, nous remarquons qu'elle présente aujourd'hui un aspect légèrement granité. Température, 39° 8, hier soir ; 38° 5, ce matin. Vomissements et deux selles diarrhéiques.

Le 24 octobre. La coloration rouge des téguments a complètement disparu. Apparition d'une varicelle typique. Guérison rapide.

Quelques considérations sur le diagnostic des anomalies de la varicelle

On a vu par notre observation 1 à quelles difficultés nous nous sommes heurté pour le diagnostic. Les 12 cas suivants sont venus nous éclairer et nous enlever le moindre doute au sujet de la nature véritable de l'affection ; mais on peut se trouver en présence d'un cas analogue en dehors de toute épidémie et il nous paraît nécessaire de reprendre un à un les signes objectifs que nous avons observés et de chercher quels sont leurs caractères morphologiques particuliers.

Laissant de côté les signes généraux qui ne sont nullement spéciaux à cette affection, nous trouvons comme première manifestation de la maladie l'apparition de papules.

Ces papules sont en général de la dimension d'une lentille ou légèrement plus petites. La coloration est rouge brique, plus foncée 24 heures après l'appari-

tion ; elles forment une légère saillie à peine perceptible au doigt ; les contours peu nets, mais de forme régulière n'offrent pas une zone de transition brusque avec l'épiderme sain ; ils semblent au contraire se fondre peu à peu avec cet épiderme.

Ces surélévations deviennent plus prononcées à mesure que la teinte se modifie et 36 heures environ après le début de l'éruption on commence à voir se détacher sur le fond rouge brun une petite croutelle grisâtre d'épiderme qui desquamme. Encore 24 ou 48 heures et la desquammation est complète ; la croutelle grisâtre à la périphérie, plus sombre presque noire et plus épaisse au centre tombe et la *macule* sous jacente semble déjà prête à s'effacer, chez quelques enfants, cependant, l'épiderme ne reprend sa coloration normale que longtemps après la chute des squames (obs. 8).

Se présentant avec ces caractères nettement et exclusivement papuleux, une éruption semblable ne peut être confondue qu'avec deux maladies, la dermite papuleuse et la papule syphilitique.

Voici quelle est la description de la dermite papuleuse, de ce que Parrot appelait l'érythème papuleux.

Elle consiste en saillies lenticulaires très aplaties ou demi sphéroïdales, n'ayant jamais plus de un centimètre de largeur, violacées ou rouge cerise. Leur centre dont l'épiderme est aminci, plus lisse et plus luisant

que la périphérie est rarement excorié, suintant, déprimé et circonscrit par une collerette épidermique. Leur distribution a quelque chose de caractéristique, étant exclusivement groupés sous forme d'îlots sur 4 régions qu'isolent certains plis du tégument d'autant plus profonds que les enfants sont plus gros. Ce sont la fesse, la moitié supérieure de la cuisse, sa moitié inférieure et le mollet. Dans chacune de ces régions c'est la partie centrale qui présente les lésions les plus accentuées. Les papules y sont plus larges, plus saillantes et plus nombreuses qu'à la périphérie où, par une décroissance successive elles dégénèrent en simples tâches. Il n'y en a jamais sur la peau des sillons (1).

Reprenant l'étude de ces lésions. Jacquet complète la description de Parrot et montre que ces papules ne sont pas primitives, mais bien secondaires à un érythème vésiculeux simple qui passe par les transformations suivantes : 1° érythème vésiculeux ; 2° éclatements de ces vésicules, mise à nu du derme ; 3° formations de papules par bourgeonnement dermique.

Ce mode d'évolution, s'il est bien observé, permet à lui seul d'éviter la confusion ; les papules varicelleuses ne sont jamais précédées de vésicules, mais de tâches, tout comme les éléments éruptifs normaux de la varicelle. De plus, leur distribution n'est nullement caractéristique ; on les rencontre

(1) Parrot : Syphylis héréditaire et rachitis. 1886. Page 39.

indistinctement sur toutes les parties du corps ; enfin, il faut noter la présence de cette croutelle plus épaisse au centre qu'à la périphérie que nous avons vue sur presque toutes les papules chez nos malades et qui n'existe jamais dans l'érythème papuleux.

Rapprochons maintenant les papules varicelleuses des lésions syphilitiques.

« La papule syphilitique est caractérisée par sa forme régulière, légèrement convexe, d'une couleur sombre, donnant au doigt une certaine rénitence qui indique l'infiltration dermique, et parfaitement indolore ; après sa disparition elle laisse souvent une macule (1). » Les dimensions sont à peu près identiques aux papules que nous avons observées ; la coloration en est toute différente. Leur surface est rarement recouverte de squame épidermique si on en excepte la variété papulo-squameuse.

Cette squame ne présente pas à sa partie centrale ce petit épaississement de coloration brune que nous avons signalé dans notre description. La papule syphilitique est très souvent entourée d'une collerette périphérique la « Collerette de Biet » due à ce que une pellicule épidermique s'est détachée de la partie centrale de la lésion. Enfin la varicelle dans sa forme papuleuse a une durée toute éphémère, les macules elles-mêmes étant très peu persistantes.

(1) Hallopeau et Leredde.

Il est extrêmement rare d'observer une éruption exclusivement papuleuse. Nous ne pouvons citer que deux observations (III et VIII) où l'examen pratiqué 2 fois par jour ne nous a révélé la présence d'aucune vésicule, encore que dans la seconde (obs. VIII), nous ayons remarqué à la voûte palatine une vésicule à peu près type. Les autres cas nous ont montré qu'à côté de ces papules déjà décrites on trouvait des vésicules, rares il est vrai, mais néanmoins bien caractéristiques. En présence de cet exanthème mixte, il faut pouvoir écarter deux diagnostics qui viennent naturellement à l'esprit ; ce sont celui d'hydroa bulleux et surtout celui de variole bénigne, légère, de varioloïde.

L'hydroa érythémateux est caractérisé par une éruption polymorphe de tâches rouges surmontées de vésicules ou de bulles. Cette éruption peut s'accompagner de fièvre légère, et surtout de phénomènes digestifs, car l'affection n'est souvent qu'un symptôme d'une intoxication alimentaire ou médicamenteuse. Les éléments éruptifs ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la varicelle, aussi faut-il se reporter surtout aux signes généraux. La fièvre est à peu près constante dans la varicelle, elle n'accompagne que rarement l'érythème bulleux.

Les tout jeunes enfants nourris au sein ou au lait stérilisé sont en général indemnes d'intoxication gastro-intestinale ; ils contractent très facilement la varicelle. La durée de cette dernière est beaucoup

plus courte que celle de l'hydroa qui persiste en général pendant une quinzaine de jours. Il faut enfin chercher dans les antécédents héréditaires ou personnels de l'enfant, si quelque tare ne le prédispose pas aux érythèmes polymorphes.

Avant de discuter le diagnostic différentiel de la varioloïde et de la varicelle papulo-vésiculeuse, il nous faut envisager et décrire un symptôme dont nous avons déjè parlé ; c'est le rash scarlatiniforme.

Cette éruption que nous avons rencontrée dans 2 cas (obs. I et X) caractérisée par une éruption rose pâle de la peau était surtout marquée sur le tronc, les flancs et les cuisses. La rougeur n'était pas uniforme ; elle était constituée par un pointillé fin de petits points très rapprochés et qui se détachaient très nettement sur la peau rosée. La coloration, plus marquée sur les cuisses les faisait paraître uniformément rouges. Les surfaces colorées se trouvaient reliées à la peau saine par une zone de transition à teintes progressivement décroissantes ; l'empreinte blanche produite par la pression de la main disparaît très rapidement.

On ne peut songer à la scarlatine à cause des éléments papuleux et bulleux déjà décrits. Il faut également écarter l'hypothèse d'une asssociation de scarlatine et de varicelle. La gorge de nos petits malades ne présente aucun symptôme d'angine ; la révolution très rapide de ce rash sans trace de desquammation suffirait d'autre part à lever le

moindre doute. Nous pouvons remarquer de plus que, comme l'a fait observer Chauffard, la pression linéaire de l'ongle ne provoque pas l'apparition de la raie blanche scarlatineuse. Il n'existe ni brûlures ni démangeaisons.

Ce rash scarlatiniforme s'observe aussi dans la variole avortée, affection qui débute par des symptômes généraux ordinairement graves et présentant beaucoup d'analogies avec ceux que nous avons vu survenir dans nos observations 1 et 10 ; température élevée à 39°5, faciès grippé ; troubles digestifs; apparition de papules et de quelques vésicules atypiques.

Il faut noter soigneusement le lieu d'élection de ce rash ; varicellique, il peut s'étaler indifféremment sur n'importe quel point du corps ; variolique, il est plus principalement localisé à la partie sous-ombilicale de l'abdomen, contourne les flancs, gagne les aines et la racine des cuisses ; il est dit en « caleçon de bain ». Tout ceci n'est d'ailleurs qu'une règle qui souffre beaucoup d'exceptions.

Le rash variolique disparaît généralement après deux ou trois jours en passant par les teintes rose, jaune paille, grisâtre et blanc sale (Barthélemy) ; le rash varicellique plus discret disparaît en 24 heures et s'efface brusquement.

La variole, même discrète, est précédée d'un frisson unique, violent et prolongé comme celui de la pneumonie ; de rachialgie dans la moitié des cas,

de céphalagie lancinante très violente, rappelant la céphalagie méningitique, de vomissements presque constants, avec épigastralgie. Le tableau clinique de la varicelle est toujours moins chargé.

Nous insistons encore une fois sur ce fait que tous ces symptômes que nous venons de décrire, constatés chez un malade isolé rendent souvent très difficile le diagnostic.

Nous n'avons observé que deux cas de rash scarlatiniforme. En deux mots, rappelons qu'au cours de la varicelle on peut également voir survenir un rash morbiliforme comme dans le cas de Chauffard. Il existe aussi deux observations de rash purpurique, celle de Lannois et celle d'Andrevos. Les taches purpuriques disparaissent lentement, à la façon des ecchymoses ; c'est d'ailleurs un rash qui ne se trouve que dans la varicelle hémorragique. Enfin on a cité deux cas dans lesquels il fut polymorphe ; scarlatineux et purpurique, dans celui de Baader, morbilliforme au membre supérieur, roséoliforme à la partie antérieure du tronc, scarlatiniforme aux membres inférieurs et sur l'abdomen dans celui de Lorrain.

Nous n'insisterons pas non plus sur les complications que nous avons vues et qu'on trouve décrites dans nos observations ; il est surtout intéressant de les signaler, elles ne présentent pas de caractères particuliers.

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

La varicelle normale est une maladie extrêmement bénigne et qui, comme nous l'avons déjà dit, frappe la presque totalité des enfants. Il est deux faits sur lesquels nous désirons attirer l'attention.

Au cours de notre épidémie de varicelle atypique on ne peut trouver que deux cas, dans lesquels l'état général fut, tout au moins pendant quelques jours, franchement mauvais ; encore que nous n'ayons jamais pu concevoir de crainte à ce sujet. Ces deux cas (Obs. IX et X) sont ceux où l'éruption papulo-vésiculeuse s'accompagna de rash scarlatiniforme.

Les observations antérieurs à celles que nous publions faisaient ressortir que l'exanthème scarlatiniforme ne se rencontre pas particulièrement dans les formes graves de la varicelle : il faut en excepter le rash purpurique qui survient au cours de la varicelle gangréneuse observée par Lorrain. Nous sommes en contradiction avec ce qui a été vu jusqu'ici, il nous est par conséquent impossible de tirer

des conclusions fermes de ce que nous avons observé. Il est certain que dans nos deux cas personnels le rash survint au milieu de symptomes généraux très marqués. Si on le considère comme un signe d'infection secondaire au cours de la maladie, il est du reste très logique de penser que l'organisme est plus profondément touché.

Par contre la varicelle papuleuse ou papulo-vésiculeuse évolue très normalement et très rapidement. Nos observations sont concluantes à cet égard ; C'est un fait admis et nous n'insistons pas.

Quel est le traitement à préconiser dans ces formes anormales de varicelle ?

Laissant de côté les indications spéciales aux complications qui peuvent survenir il ne reste rien de bien particulier en ce qui concerne le traitement de l'affection elle-même.

Il faut suivant le cas relever l'état général par un stimulant diffusible (acétate d'ammoniaque, un peu d'alcool, désinfecter les voies digestives, stimuler la circulation peripherique par des bains sinapisés, diminuer le prurit par des applications de talc ou d'amidon : c'est comme on le voit le traitement de al varicelle normale.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons observé au cours de novembre-décembre 1910 et janvier 1911, une épidémie de varicelle à forme anormale ; ces anomalies consistaient en :

a) La forme papuleuse, relativement rare de l'affection, forme papuleuse presque pure dans les premiers cas ;

b) la présence chez deux de nos malades d'un rash scarlatiniforme ;

c) l'existence de complications, otite moyenne et suppuration du petit orteil du pied gauche.

II. — Il nous a paru intéressant de publier ces observations en les faisant précéder 1° d'une étude rapide sur la varicelle normale, ses diverses formes anormales, ses complications ; 2° de l'historique de ces anomalies et de ces complications.

III. — En présence de ces varicelles anormales, il faut pouvoir discuter certains diagnostics et en particulier celui de variole discrète.

IV. — La varicelle papuleuse sans rash ni complications nous paraît aussi bénigne, aussi fugace et laisse aussi peu de traces que la varicelle normale.

V. Nous avons vu, contrairement à ce qui a déjà été publié à ce sujet, l'apparition du rash scarlatiniforme, s'accompagner de phénomènes généraux plus intenses que dans les cas normaux.

Vu : le Président de Thèse,

CHAUFFARD.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1859. Gintrac. — Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale. Tome IV.

1862. Almeras. — Des rashs ou exanthèmes scarlatiniformes confondus avec la scarlatine. Thèse, Paris.

1869. Thomas. — Archiv. für Dermatol.

1870. Fleischmann. — Jahrb. für Kinderheilk.

1880. Baader. — Correspondenz blatt für schweizer Aertz.

1882. Rogivue. — Revue méd. de la Suisse Romane.

1884. Henoch. — Berl. Llin. Woch. nº 2.

1886. Alezais. — Marseille médical.

1886. Jacquet. — Des erythèmes papuleux fessiers posterosifs. Rev. des maladies de l'enfance.

1886. Parrot. — Syphilis hereditaire et rachitis.

1887. Bellamy. — Soc. clin. de Lond. Lancet, 1887. April, p. 732.

1888. Jacquet. — Des syphiloides post-erosives. Thèse Paris.

1888. Jacquet. — Dermites infantiles simples. Prat. dermat. Tome I.

1888. Oeconomon. — Contribution à l'étude de la varicelle. Thèse Paris.

1888. Brunner. — Nephritis nack varicellen.

1888. Puig. — Thèse de Paris.

1889. Charrin. — Thèse de Lyon.

1889. Woodward. — Varicella gangrenosa. With two cases. Pacifie M. J. San Fran.

1890. Stainforth. — British. Méd. Journal.

1891. Chauffard. — Soc. méd. hôpit. de Paris. 26 juin.

1891. Galliard. — Soc. des hôpitaux, 19 juin 1891.

1891. Galliard. — Traité de méd. Collection Brouardel et Gilbert. Fasc. II.

1892. Demme. — Wiener. méd. Blatter.

1892. Gillet. — Revue générale de clin. et thérapeutique.

1892. Mussy. — Contribution à l'étude des erythèmes infectieux. Thèse Paris.

1893. Boucheron. — Etude sur les complications respiratoires de la varicelle. Thèse de Paris.

1894. Cl. Marie. — Les éruptions dans la varicelle. Thèse Paris.

1894. Lorrain. — Annales de méd. scientifique et pratique, n° 22.

1894. Poullain. — De la varicelle dans le cours de la rougeole et de la scarlatine. Thèse Paris.

1894. W. Gay. — British med. journal.

1895. Bourdineau. — Contribution à l'étude des rashs dans la varicelle. Thèse Paris.

1895. Clemmey. — Acule général erythema after chicken-pox. Brist. J. M. Lond. p. 47.

1895. Nissim. — Gazette des hôpitaux n° 55.

1895. Hulot. — Thèse de Paris.

1895. Spiwak. C. D. — Varicella complicated by gangrene of the scrotum.

1896. Comby. — Loc. méd. des Hôpitaux de Paris. 1er mai et 3 juillet 1896.

1896. — De Lajnoise. — De la période prééruptive de la variole. Thèse Paris.

1896. Marfan et Hallé. — Rev. mens. des maladies de l'enfance. Janvier 1896.

1898. Audeond H. — Les rash de la varicelle avec une étude sur les rash en général. Arch. de méd. des enfants, Paris 1898, p. 513-537.

1898. Bezy. — Association scarlatino-varicelleuse chez l'enfant. Arch. de méd. des Enfants. Paris 1898.

1898. Œttinger. — Arch. de méd. des enfants.

1898. Walsh. — Symptomatic rashes in children. Pédiatries. N. Y. and Lond. 1898. p. 298-302.

1899. Daveride. — Les rashs polymorphes dans la varicelle. Thèse Paris.

1900. Hænel. — Nephritis bei varicellen. Leipzich.

1900. Cerf L. — Les rashs varicelliques. *Presse Méd.*, Paris. 1900. p. 247-249.

1900. Descroizilles. — Varicelle et impétigo. Jeune mère. Paris 1900. p. 200-201.

1901. Cerf L. — Les anomalies et les complications de la varicelle. *Gaz. des Hôpit.* Paris. p. 713-720.

1901. Desandré L. - La varicelle suppurée et les suppurations secondaires au cours de la varicelle. Thèse. Paris.

1901. Salem A. — Rash prévaricellique. *Journal de méd. et chir.* Paris 1901. p. 43-45.

1902. Lacasse H. — Un cas d'arthrite varicellique. *Gaz. hebd. méd. et chir.* Paris 1902. p. 253-256.

1902. Richardière. — La varicelle. *Journal de méd. interne.* Paris, VI. 31-34.

1902. Roger H. — Diagnostic de la variole. Presse méd. 8 février 1902.

1903. Jacquet et Lebar. — Soc. méd. des hôpit de Paris. 30 octobre 1903.

1903. Roland. — Varicelle suivie d'albuminerie et d'accidents uremiques mortels. Poitou Méd.

1904. — Caccia G. — Complication de la varicelle. Un cas d'encephalite secondaire à la varicelle. Rev. de clin. pediat. Firenze 1904.

1004. Cerf L. — Une varicelle anormale. Convulsions prodomiques ; rash posteruptif. Annales méd. chirurg. de Tours, 1904. p. 104-109.

1904. Lannois. — Otites varicelleuses. Revue hebdom. de laryng. Paris, 1904. p. 105-109.

1904. — Isola. — Gangrena de los parpados post varicelosa. Rev. méd. de Urugay. Montevideo.

1905. — Allaire G. — Nevrite peripherique à la suite de varicelle. Gaz. méd. de Nantes.

1905. Blackam. — Varicella gangrenosa. Brit. M. S. London. 1905. p. 1.205.

1905. Castro Loffia. — Deux cas de méningite tuberculeuse après la varicelle. Méd. scientif. Paris.

1905. Coombs. — An anusual complication of varicella. *Brit. M. S.* Lond. 1905. p. 593.

1905. Hallé. — Phlegmon gazeux développé au cours de la varicelle. *Bulletin de Soc. de péd.* de Paris.

1906. Anthony H. G. — The prodromal erythema of varicella. J. Cutan. Dis. Mel. Syph. N. Y. 1906. p. 68-70.

1906. Kreuzeder R. — Phlegmone als komplikation von varizellen. *Minchen méd.*

1907. Méry. — La varicelle. *Revue gén. de clin. et de thérap.* Paris. 1907.

1908. Danlos. — Un cas d'ecthyma terebrant infantile d'origine varicelleuse. *Bull. de Soc. Fr. de derm t. et syph.* 1908. p. 75-77.

1808. Bresset et Detié. — Sur quelques cas anormaux de varicelle observés au dispensaire de la Caisse des écoles du VII[e] arrondissement. Arch. de méd. des enfants. 1908, p. 694-697.

1908. Ferrand. — Les dermites des nourrissons. Thèse Paris.

1909. Gaujoux E. — Rach morbilliforme au cours de la vaccine. Montp. méd., p. 562-564.

1909. Jacob M. — Les otites moyennes varicelleuses. Rev. hebd. de laryng., p. 65-88.

1909. Rolleston. — Palpebral gangrène. Méd Chron. Manchester. 1908-1909, p. 215-221.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE

DE LA

TUBERCULOSE RÉNALE

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. N.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LECENE.	OMBREDANNE.
BERNARD (Léon)	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BRANCA.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RATHERY.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	LERI.	RETTERER.
BROCA (André).	GUÉNIOT.	LŒPER.	RICHAUD.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MACAIGNE.	ROUSSY.
CAMUS (Jean).	JEANNIN.	MAILLARD.	ROUVIÈRE.
CARNOT.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	MULON.	SICARD.
CHEVASSU.	LAIGNEL - LA -	NICLOUX.	TERRIEN.
CLAUDE.	VASTINE.	NOBCOURT.	TIFFENEAU.
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.